

Prof. dr hab. med. Jerzy Wordliczek

Pełnomocnik Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. klinicznych w Collegium Medicum

Kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

„Granice” intensywnej terapii

Przyjęcie pacjenta do oddziału intensywnej terapii (OIT) jest oparte na ustalonych wskazaniach (niewydolność jednego lub wielu ważnych dla życia układów lub narządów, potrzeba ciągłego monitorowania funkcji życiowych, inne stany zagrożenia życia). Jednakże zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu skutkująca możliwością przeżycia chorego i wypisania go z OIT.

Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, tylko po to aby tam zmarł, jest nieuzasadnione medycznie i etycznie.

Dlatego też cel leczenia powinien być uzależniony od możliwości uzyskania korzyści terapeutycznej, jaką w OIT jest przeżycie chorego i wypisanie go z oddziału. Natomiast stwierdzenie braku skuteczności stosowanej metody podtrzymywania funkcji narządów w stosunku do założonych celów jest uzasadnieniem do ograniczenia tego postępowania w formie niepodjęcia (*niewdrożenia nowego postępowania lub niezwiększania intensywności terapii już stosowanej*) albo odstąpienia od stosowanej dotychczas metody postępowania.

Prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określa się terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego, a decyzja o niepodjęciu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów stanowi formalną procedurę postępowania OIT. Niepodjęcie lub odstąpienie od podtrzymywania czynności narządów może dotyczyć w szczególności takich metod jak:

- resuscytacja krążeniowo-oddechowa,
- wentylacja mechaniczna,
- leczenie nerkozastępcze,
- elektroterapia serca,
- mechaniczne wspomaganie krążenia,
- farmakologiczne wspomaganie krążenia,
- pozaustrojowe wspomaganie oddychania,
- pozaustrojowe wspomaganie wątroby.

a niewłaściwe wykorzystanie tych metod postępowania przedłuża jedynie proces umierania.

Decyzje o ograniczeniu określonych metod podtrzymywania funkcji narządów nie zmniejszają znaczenia leczenia paliatywnego zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta oraz zapewnienie mu optymalnego komfortu tj.:

- pielęgnacji
- nawadniania i żywienia,
- dostępu bliskich i osób wspierających,
- uśmierzania niekorzystnych dolegliwości

oraz wysuwają ten aspekt terapii na plan pierwszy. Bowiem stosowanie ograniczeń we wspomaganie funkcji narządów nie zwalnia z leczenia paliatywnego. Zapewnienie leczenia paliatywnego zmierza do uśmierzania cierpienia przez najskuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, ko-analgetyków, leków uspokajających lub nasennych, ale celem takiego postępowania nie jest i nie może być przyspieszenie naturalnego przebiegu procesu umierania.